

ارتباط ارائه مراقبت تسکینی با کیفیت زندگی در مبتلایان به نارسایی مزمن

قلبی در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳

راضیه سادات بهادر^{۱*}، عصمت نوحی^{۳*}، یونس جهانی^۴

^۱دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران؛ ^۲دانشجو، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران؛ ^۳مرکز تحقیقات فیزیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران؛ ^۴مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۴/۷/۲۲ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۲/۲۴

چکیده:

زمینه و هدف: نارسایی مزمن قلبی یک بیماری پیشرونده و محدود کننده زندگی است و از مشکلات شایعی است که بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد که علاوه بر همراهی با پیش‌آگهی ضعیف و کیفیت زندگی پایین، هزینه‌های مراقبتی بالایی نیز به همراه دارد. این مطالعه باهدف تعیین ارتباط بین مراقبت‌های تسکینی با کیفیت زندگی بیماران نارسایی مزمن قلبی شهرستان جیرفت انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش مطالعه‌ای مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی است که شرکت‌کنندگان این پژوهش ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی بیمارستان امام خمینی جیرفت می‌باشند که پس از کسب رضایت از آن‌ها وارد مطالعه شدند. در این مطالعه جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه اطلاعات بیوگرافیک، پرسشنامه کیفیت زندگی مینه‌سوتا در بیماران با نارسایی قلبی و پرسشنامه پژوهشگر ساخته بررسی وضعیت ارائه مراقبت‌های تسکینی، استفاده شد. پرسشنامه کیفیت زندگی در ۳ مرحله (زمان پذیرش، زمان ترخیص و یک ماه بعد از ترخیص) و پرسشنامه مراقبت تسکینی در یک مرحله (هنگام ترخیص و بعد از ارائه مراقبت‌های گروه بهداشتی) تکمیل شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی اسپیرمن، کروسکال والیس، من ویتنی انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که نمره کیفیت زندگی این بیماران در بدو پذیرش در بیمارستان ($77/4 \pm 15/08$)، زمان ترخیص ($66/96 \pm 15/66$) و یک ماه بعد از ترخیص ($42/87 \pm 22/08$) بود. نمره مراقبت تسکینی ضمن بستری ($68/73 \pm 14/59$) بود. بین کیفیت زندگی و مراقبت تسکینی رابطه معنی‌دار و مثبت وجود دارد. این ارتباط بین کیفیت زندگی یک ماه بعد از ترخیص و مراقبت تسکینی ($r = -0/39$) ($P \leq 0/0001$) به مراتب بهتر و معنی‌دارتر از کیفیت زندگی زمان ترخیص و مراقبت تسکینی ($r = -0/16$) ($P = 0/098$) بود. بین کیفیت زندگی بدو پذیرش و مراقبت تسکینی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ($P = 0/191$).

نتیجه‌گیری: مراقبت تسکینی از دیدگاه بیماران بستری در بیمارستان در وضعیت نسبتاً خوبی ارائه می‌شود و می‌تواند به‌مرورزمان در بهبود کیفیت زندگی بیماران نارسایی مزمن قلبی مفید واقع شود. به‌گونه‌ای که اکثر بیماران بعد از ترخیص از بیمارستان و دریافت مراقبت‌های بهداشتی بهبود قابل‌توجهی در کیفیت زندگی داشتند؛ لذا برنامه‌های مراقبت‌های تسکینی به‌صورت پیگیر و کاربردی در برنامه‌های مراقبت پرستاری توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: مراقبت‌های تسکینی، کیفیت زندگی، بیماران، نارسایی مزمن قلبی.

مقدمه:

بیماری‌های قلبی مهم‌ترین عامل ناتوانی و مرگ‌ومیر در جهان هستند که سلامت جسمی، روانی و توانایی‌های خودمراقبتی فرد را تحت تأثیر قرار داده و هزینه‌های زیاد بر فرد، جامعه و مراقبین سلامتی تحمیل می‌کند (۱). بیماری قلبی اغلب به نارسایی مزمن قلبی منتهی می‌شود که عمدتاً یک بیماری لاعلاج است و با

خستگی شدید و پیش‌رونده، عدم تحمل به ورزش، احتباس مایعات و تنگی نفس مشخص می‌شود (۲). این بیماری جدای از پیش‌آگهی ضعیف، محدودیت در فعالیت جسمی، قطع تعاملات اجتماعی، استرس‌های روانی، کاهش نشاط، افزایش وابستگی و بازنشستگی زودرس، تأثیر منفی بر کیفیت زندگی تحمیل می‌کند (۳). تشخیص نارسایی قلبی با ۵۰٪ نرخ مرگ‌ومیر ۵ ساله، بروز بالای مرگ ناگهانی، بیماری جسمی، ناراحتی روحی-روانی، اختلال پیش‌رونده در عملکرد و کاهش کیفیت زندگی همراه است (۴). شواهد بسیار زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد نارسایی قلبی عوارض عظیم و فوق‌العاده جسمی، روانی، عاطفی و روحی را در افرادی که تشخیص داده می‌شود و همچنین در اعضای خانواده بیمار که از وی مراقبت می‌کنند، ایجاد می‌کند (۵، ۶). نارسایی قلبی نشانه‌های مختلف زیادی از قبیل: خستگی، تنگی نفس، اضطراب و افسردگی ایجاد می‌کند که به‌طور نامطلوبی کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴). این علائم باعث محدودیت‌هایی در فعالیت‌های روزمره بیمار در انجام امور شخصی و اجتماعی وی می‌گردد که این نیز به‌نوبه خود باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۷). کاهش کیفیت زندگی نیز با بستری شدن‌های مکرر و افزایش مرگ‌ومیر بیمار ارتباط مستقیم دارد (۸). دستیابی به مراقبت مناسب و حمایت پایان زندگی به‌عنوان حق اساسی انسان شناخته می‌شود (۹). مرگ و مردن پدیده‌ای غیرقابل‌اجتناب برای تمامی موجودات است (۱۰). امروزه با افزایش طول عمر و پیشرفت تکنولوژی، افراد زیادی به مراقبت‌های پایان عمر نیاز پیدا می‌کنند و ارائه مراقبت از بیماران مرحله آخر حیات، جزء نگرانی‌های سیستم بهداشتی است (۱۱)؛ لذا مراقبت پایان عمر برای بیماران با شرایط متفاوت، روزها و حتی هفته‌ها قبل از مرگ انجام می‌گیرد (۱۲). پرستاران به‌عنوان یکی از اعضای گروه فراهم‌کننده مراقبت نقش اساسی در مراقبت از بیماران مرحله آخر حیات و خانواده‌های آنان ایفا

می‌کنند (۱۳). مراقبت تسکینی نیز برای بیماری‌های تهدیدکننده زندگی ارائه می‌گردد و رویکردی جامع است که بر ارتقای کیفیت زندگی در مراحل پایانی زندگی متمرکز است. این مراقبت‌ها در جهت رویارویی با بیماری‌های مزمن بکار می‌رود که هدف آن کاستن رنج بیماران از طریق شناسایی درد و سایر مشکلات جسمی، روانی و معنوی آنان است (۱۴، ۱۵). اهمیت مراقبت تسکینی برای پرستاران: تلاش برای ایجاد شیوه‌ای ساختاریافته در ارائه مراقبت‌ها و کوشش جهت افزایش احساس خوب بودن بیمار می‌باشد (۱۶). در گذشته مراقبت تسکینی همراه با تأمین مراقبت پایان زندگی برای بیماران مبتلا به بدخیمی و سرطان بوده است. اگرچه این مراقبت‌ها به‌طور سنتی یک قسمت ضروری از مراقبت بیماری‌های قلبی محسوب نمی‌شود، اما نرخ مرگ‌ومیر نارسایی قلبی بالاتر از اغلب سرطان‌ها است. (۱۷). علی‌رغم اینکه مراقبت‌های تسکینی برای بیماران مبتلا به نارسایی قلبی کمتر رایج است اما مطالعات نشان داده که این بیماران از مراقبت‌های تسکینی به همان میزان سود می‌برند که بیماران سرطانی سود می‌برند (۱۸). افزایش تعداد محققان و پزشکانی که به ادغام مراقبت‌های تسکینی و مراقبت از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مرحله آخر توجه داشته‌اند. همچنین افزایش تعداد گزارش‌های اولیه که نشان می‌دهد پزشکان نیز با ارائه مشترک این ۲ مراقبت (تسکینی و بیماران مبتلا به نارسایی قلبی) راضی هستند (۱۹). به همین دلیل مراقبت تسکینی به‌طور فزاینده‌ای برای مراقبت از بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی مناسب دیده می‌شود. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت مراقبت پایان زندگی نباید فقط شامل تسکین نشانه‌های فیزیکی بلکه تسکین نشانه‌های عاطفی، روانی و روحی هم باشد (۲۰). بنابراین مراقبت تسکینی ارتقا بهداشت جسمی و روانی، صرف‌نظر از تشخیص و پیش‌آگهی است. به‌طور کلی مراقبت تسکینی فلسفه مراقبت است و قصد دارد کیفیت زندگی بیماران مواجه با بیماری‌های محدودکننده زندگی و خانواده‌هایشان را به‌وسیله

$$100 = \frac{(1.96^2)(21.3^2)}{(4^2)} = n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}}\right)^2 \sigma^2}{d^2}$$

d= 4

$$1-\alpha=0.95$$

با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی جیرفت برآورد گردید و پس از کسب رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. جمع‌آوری اطلاعات مربوط به مراقبت تسکینی، در یک مرحله (در زمان ترخیص و پس از انجام مراقبت‌های مربوطه) انجام شد. برای اطلاعات مربوط به کیفیت زندگی داده‌ها در ۳ مرحله، یک‌بار در زمان پذیرش و مرحله دوم در زمان ترخیص (حدود یک هفته بعد از پذیرش) و در مرحله سوم یک ماه بعد از ترخیص، جمع‌آوری شد. در این مطالعه وضعیت ارائه مراقبت‌های تسکینی از دیدگاه بیماران بستری در بیمارستان سنجیده شد. پرستاران جهت آشنایی با مفهوم مراقبت‌های تسکینی قبل از انجام مطالعه در کارگاه آموزش‌های مراقبت تسکینی در رابطه با تسکین علائم جسمی، مشاوره‌های روانی و مذهبی، فراهم کردن محیط آرام برای انجام اعمال مذهبی، فراهم کردن محیط مناسب برای فعالیت‌های اجتماعی از قبیل ملاقات با دوستان و اقوام، فراهم کردن مراقبت‌های پایان عمر شرکت کردند. همچنین این مطالعه به دنبال مطالعه‌ای مداخله‌ای در همین راستا انجام شد. لذا هدف در این مطالعه، ادامه ارائه پروتکل مراقبت تسکینی توسط پرستاران این بیمارستان به صورت بررسی توصیفی و تحلیلی می باشد، تا اطمینان حاصل شود که پرستاران همچنان مراقبت‌های پرستاری را با رویکرد مراقبت تسکینی برای این بیماران ارائه می‌کنند.

در این مطالعه، به منظور دستیابی به اهداف پژوهش از پرسشنامه‌ای متشکل از ۳ بخش: ۱- مشخصات دموگرافیک ۲- پرسشنامه وضعیت ارائه مراقبت‌های تسکینی ۳- پرسشنامه کیفیت زندگی مینه‌سوتا در بیماران نارسایی قلبی استفاده شد. پرسشنامه

پیشگیری و تسکین ناراحتی، بهبود دهد و قصد ندارد، مرگ را تسریع کند، بلکه در سراسر دوره بیماری توام با روش‌های متفاوت درمانی در جهت طولانی کردن زندگی، انجام می‌گیرد (۲۱). علی‌رغم این مزایای بالقوه، برخی متخصصین مراقبت تسکینی در مراقبت از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مزمن شرکت نمی‌کنند و از طرفی آنچه اهمیت توجه به بیماری نارسایی مزمن قلبی را به‌ویژه در کشور ما دوچندان می‌کند (۲۲)؛ شیوع رو به رشد این بیماری به‌ویژه در سال‌های اخیر است. کیفیت زندگی پایین این بیماران و مهم‌تر از همه عدم توجه کادر بهداشتی به انجام مراقبت‌های تسکینی برای این بیماران به نسبت بیماران سرطانی می‌باشد؛ از آنجاکه تاکنون در ایران مطالعه‌ای با این عنوان برای بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی انجام نشده است؛ لذا پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه‌ای باهدف تعیین میزان ارائه مراقبت تسکینی در بیمارستان و ارتباط آن با کیفیت زندگی این بیماران انجام دهد تا از نتایج این مطالعه جهت کاهش، تعدیل و یا بهبود وضعیت بیماران از طریق مداخلات پرستاری مبتنی بر مراقبت تسکینی استفاده گردد؛ تا شاید بتوان تأثیر آن را بر کیفیت زندگی این بیماران مشخص کرد.

روش بررسی:

این پژوهش مطالعه‌ای مقطعی (توصیفی-همبستگی) است که در آن ضمن تعیین خصوصیات دموگرافیک، ارتباط بین ارائه مراقبت‌های تسکینی و کیفیت زندگی بدو پذیرش در بیمارستان، زمان ترخیص و یک ماه بعد از ترخیص در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی (کلاس III و IV) مورد بررسی قرار گرفت. تعیین کلاس بیماری بر اساس معیارهای انجمن قلب آمریکا صورت گرفت و توسط پرونده پزشکی بیمار و تشخیص فوق تخصص قلب تأیید شد. شرکت‌کنندگان در این مطالعه با استناد به منابع قلبی کیفیت زندگی وبا استفاده از فرمول حجم نمونه زیر برآورد گردید (۲۳).

کیفیت زندگی مینه‌سوتا (MLHFQ) به منظور کسب اطلاعاتی در مورد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی طراحی شده است. این پرسشنامه اختصاصی، به وسیله رکتور در سال ۱۹۸۴ به منظور تعیین تأثیر درمان بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب طراحی شده است. این ابزار رایج‌ترین ابزار مورد استفاده در ارزیابی کیفیت زندگی این بیماران در تحقیقاتی است. این پرسشنامه خود ایفا است و شامل ۲۱ سوال است که هر سوال ۶ معیار دارد و از صفر تا ۵ نمره گذاری می‌شود (صفر نشان‌دهنده بهترین حالت و ۵ نشان‌دهنده بدترین حالت است) (۲۴). حداقل نمره کسب شده صفر و حداکثر آن ۱۰۵ می‌باشد و هر قدر این عدد بزرگ‌تر باشد نشان‌دهنده وضعیت نامطلوب بیمار است (۷). بهلولی، نقاط پرش پرسشنامه کیفیت زندگی را به صورت نمره کمتر از ۲۴، کیفیت زندگی خوب، ۲۴ تا ۴۵، کیفیت زندگی متوسط و نمره بیشتر از ۴۵، کیفیت زندگی ضعیف گزارش کرد (۲۵). ضیغمی محمدی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان همبستگی سطح هموگلوبین و کیفیت زندگی در مردان مبتلا به نارسایی سیستمیک قلبی، اعتبار علمی این ابزار را با استفاده از روش روایی محتوی و منابع علمی تأیید نمود. در این مطالعه پایایی پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی مجدد بررسی گردید که به این منظور پرسشنامه‌ها در ۲ مرحله به فاصله ۱۰ روز در اختیار ۱۰ تن از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی قرار گرفت. ضریب همبستگی حاصل از ۲ آزمون برای پرسشنامه کیفیت زندگی مینه‌سوتا ($r=0/70$) بود (۲۳).

پرسشنامه سنجش وضعیت ارائه مراقبت‌های تسکینی یک پرسشنامه پژوهشگر ساخته است. این پرسشنامه متشکل از ۵ حیطه است. برای بعد حمایت معنوی ۸ سوال، بعد حمایت جسمی ۱۱ سوال، بعد روانی ۷ سوال، بعد اجتماعی ۹ سوال و بعد اقتصادی ۵ سوال که بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف از نمره ۱ تا ۵ بر اساس بار سوال تخصیص داده شده است. روایی این پرسشنامه با استناد به

منابع معتبر علمی و نظرخواهی از ۱۰ نفر از صاحب‌نظران پرستاری انجام شد. پایایی ابزار با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ $r=0/96$ بود. در این پرسشنامه هر چه نمره کسب شده بیشتر باشد به معنای وضعیت بهتر ارائه مراقبت تسکینی می‌باشد. در ضمن نمرات ۲ پرسشنامه در تمام ابعاد طبق نظر مشاور آماری برای کمترین نمره بر مبنای صفر و برای بیشترین نمره بر مبنای ۱۰۰ قرار داده شد تا داده‌ها قابلیت مقایسه داشته باشند. به این ترتیب تمامی نمرات در دامنه ۱۰۰-۰ قرار گرفت. معیارهای ورود به پژوهش شامل تمامی بیماران با تشخیص قطعی نارسایی مزمن قلبی (کلاس IV و III)، بستری بودن به مدت ۷ روز در بیمارستان، تمایل به شرکت در تحقیق، هوشیاری کامل در زمان پژوهش بود. معیارهای حذف از مطالعه مشکلات گفتاری و شنوایی، شرایط بحرانی و اورژانسی، معلولیت ذهنی، جسمی و روانی، وقوع حوادث استرس‌زا در ۶ ماه گذشته، بیماری روانی و مصرف داروهای موثر بر روان بود.

اطلاعات پس از جمع‌آوری، وارد نرم‌افزار SPSS گردید. برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی استفاده گردید. با استفاده از آزمون شپرو ویلک مشاهد گردید توزیع نرمال نیست و از آنجا که P در همه ابعاد کمتر از ۰/۰۵ بود در نتیجه از ضریب همبستگی اسپیرمن جهت بررسی ارتباط بین ۲ متغیر کیفیت زندگی و مراقبت تسکینی استفاده گردید. برای بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و متغیرهای کیفیت زندگی و مراقبت تسکینی از آزمون کروسکال والیس و من ویتنی استفاده شد. از آزمون فریدمن جهت بررسی تغییرات کیفیت زندگی در ۳ مرحله زمانی استفاده شد. سطح معنی‌داری در این مطالعه $P<0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

در این پژوهش میانگین و انحراف معیار سن ابتلا به نارسایی مزمن قلبی $69 \pm 12/17$ سال بود. اکثر

است (جدول شماره ۲). یافته‌ها حاکی از آن است که نمره میانگین کیفیت زندگی مرحله اول در بعد روحی روانی نسبت به سایر ابعاد کمتر است، لذا کیفیت زندگی زمان پذیرش به ترتیب در ابعاد روحی روانی ($70/28 \pm 22/61$) و جسمی ($79/60 \pm 13/62$) بهتر از بقیه ابعاد بود کمترین میزان کیفیت زندگی در بعد اقتصادی اجتماعی ($80/12 \pm 14/77$) می‌باشد. میانگین کیفیت زندگی زمان ترخیص و یک ماه بعد از ترخیص نیز به ترتیب در ابعاد روحی روانی و بعد جسمی نسبت به سایر ابعاد بیشتر است. کمترین میزان کیفیت زندگی در بعد اقتصادی اجتماعی بود.

در ارتباط میان ابعاد مراقبت تسکینی با کیفیت زندگی زمان ترخیص، فقط ابعاد اقتصادی و جسمی معنی‌دار هستند. یعنی با افزایش نمره اقتصادی و جسمی نمره کیفیت زندگی کمتر می‌شود؛ به عبارتی کیفیت زندگی بهتر می‌شود؛ ولی در ارتباط میان ابعاد مراقبت تسکینی با کیفیت زندگی یک ماه بعد از ترخیص؛ همه ابعاد معنی‌دار بوده است و نشان‌دهنده ارتباط معنی‌دار مراقبت تسکینی بر روی کیفیت زندگی یک ماه بعد از ترخیص می‌باشد (جدول شماره ۳).

شرکت کنندگان در این مطالعه را زنان (57%) و متأهلین (73%) تشکیل داده‌اند. ۵۸ نفر (58%) از شرکت کنندگان تحصیلات سیکل داشتند. ۴۸ نفر (48%) از آنان بازنشسته بودند. ۴۰ نفر (40%) افراد سابقه چاقی و ۴۸ نفر (48%) افراد سابقه مصرف سیگار داشتند. اکثریت بیماران (39%) زمان بیماری آن‌ها بیشتر از ۱۰ سال بوده است. ۸۱ نفر (81%) از بیماران سابقه بستری را بیان کردند. در این مطالعه میانگین و انحراف معیار نمره ارائه مراقبت تسکینی $68/73 \pm 14/59$ بود که نشان‌دهنده وضعیت نسبتاً خوب ارائه مراقبت تسکینی می‌باشد. میانگین نمره بعد جسمی ارائه مراقبت تسکینی نسبت به سایر ابعاد بیشتر بود ($79/70 \pm 17/85$). میانگین نمره ارائه مراقبت تسکینی به ترتیب در بعد معنوی ($64/18 \pm 13/27$)، روانی ($62/17 \pm 16/78$)، اجتماعی ($60/75 \pm 20/16$) بود؛ کمترین میانگین نمره ارائه مراقبت تسکینی در بعد اقتصادی ($19/50 \pm 17/53$) بود (جدول شماره ۱)؛ نمره کیفیت زندگی این بیماران بترتیب در بدو پذیرش در بیمارستان ($77/4 \pm 15/08$) زمان ترخیص ($66/96 \pm 15/66$) و یک ماه بعد از ترخیص ($42/87 \pm 22/08$) بود. آزمون فریدمن نشان داد کیفیت زندگی در طول زمان بهبود معنی‌دار ($P > 0/05$) داشته

جدول شماره ۱: تعیین میانگین نمره مراقبت تسکینی ضمن بستری و ابعاد آن در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی

شاخص	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مینیم	ماکزیمم
متغیر					
بعد معنوی مراقبت تسکینی	۱۰۰	۶۴/۱۸	۱۳/۲۷	۲۷/۰۳	۸۶/۴۹
بعد جسمی مراقبت تسکینی	۱۰۰	۷۹/۷۰	۱۷/۸۵	۱۸/۱۸	۱۰۰
بعد روانی مراقبت تسکینی	۱۰۰	۶۲/۱۷	۱۶/۷۵	۱۰/۷۱	۸۲/۱۴
بعد اجتماعی مراقبت تسکینی	۱۰۰	۶۰/۷۵	۲۷/۱۶	۱۶/۶۷	۸۶/۱۱
بعد اقتصادی مراقبت تسکینی	۱۰۰	۱۹/۵۰	۱۷/۵۳	۰	۱۰۰
مراقبت تسکینی کل	۱۰۰	۶۸/۷۳	۱۴/۵۹	۲۷/۵۰	۹۹/۳۸

جدول شماره ۲: مقایسه تغییرات کیفیت زندگی در طول زمان در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

متغیر	شاخص	تعداد	مینیمم	ماکزیمم	میانگین	انحراف معیار
	کل کیفیت زندگی زمان پذیرش	۱۰۰	۳۵/۲۴	۱۰۰	۷۷/۴	۱۵/۰۸
	کل کیفیت زندگی زمان ترخیص	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۶۶/۹۶	۱۵/۶۶
	کل کیفیت زندگی یک ماه بعد از ترخیص	۱۰۰	۲/۸۶	۹۷/۱۴	۴۲/۸۷	۲۲/۰۸

جدول شماره ۳: ارتباط ابعاد مراقبت تسکینی با کل کیفیت زندگی زمان ترخیص و یک ماه بعد از ترخیص بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

متغیر	ضریب	ضریب همبستگی اسپیرمن	P
بعد اجتماعی مراقبت تسکینی - کل کیفیت زندگی زمان ترخیص	-۰/۰۹	۰/۳۷۷	
بعد اقتصادی مراقبت تسکینی - کل کیفیت زندگی زمان ترخیص	-۰/۲۳	*۰/۰۱۷	
بعد روانی مراقبت تسکینی - کل کیفیت زندگی زمان ترخیص	-۰/۲۱	۰/۸۳۶	
بعد معنوی مراقبت تسکینی - کل کیفیت زندگی زمان ترخیص	-۰/۰۹	۰/۳۵۳	
بعد جسمی مراقبت تسکینی - کل کیفیت زندگی زمان ترخیص	-۰/۳۵	* $<0/0001$	
کل مراقبت تسکینی - کل کیفیت زندگی زمان ترخیص	-۰/۱۶	۰/۰۹۸	
بعد اجتماعی مراقبت تسکینی - کیفیت زندگی یک ماه بعد از ترخیص	-۰/۲۹	*۰/۰۰۳	
بعد اقتصادی مراقبت تسکینی - کیفیت زندگی یک ماه بعد از ترخیص	-۰/۳۰	*۰/۰۰۲	
بعد روانی مراقبت تسکینی - کیفیت زندگی یک ماه بعد از ترخیص	-۰/۲۰	*۰/۰۴۵	
بعد معنوی مراقبت تسکینی - کیفیت زندگی یک ماه بعد از ترخیص	-۰/۱۹	*۰/۰۵۰	
بعد جسمی مراقبت تسکینی - کیفیت زندگی یک ماه بعد از ترخیص	-۰/۴۹	* $<0/0001$	
کل مراقبت تسکینی - کل کیفیت زندگی یک ماه بعد از ترخیص	-۰/۳۹	* $<0/0001$	

* $P < 0/05$ معنی دار می باشد.**بحث:**

با توجه به میانگین نمره، مراقبت تسکینی نشان دهنده مطلوب ترین وضعیت این مراقبت ها در بعد جسمی و نامطلوب ترین وضعیت این مراقبت ها در بعد اقتصادی، از دیدگاه بیماران می باشد. همچنین بر اساس نتایج، همبستگی بین مراقبت تسکینی و کیفیت زندگی در بعد جسمی، در طی زمان بستری، ترخیص و یک ماه

بعد از ترخیص، بیانگر بهبود نسبی کیفیت زندگی در همین بعد از کیفیت زندگی می باشد. این در حالی بود که بهبود محسوسی در سایر ابعاد کیفیت زندگی مشاهده نشد که می تواند به علت پایین تر بودن نمره مراقبت تسکینی در همین ابعاد باشد. در مطالعه ای که توسط Evangelista و همکاران که به بررسی تأثیر

مشاوره‌های مراقبت تسکینی در بیماران سرپایی مبتلا به نارسایی قلبی بر روی ۳۶ بیمار بعد از ترخیص انجام گرفت، یافته‌ها نشان داد که مشاوره‌های مراقبت تسکینی سبب بهبود تنش، علائم افسردگی و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها بعد از ترخیص می‌گردد (۱۸). Bekelman و همکاران نیز در مقاله‌ای با عنوان مراقبت تسکینی بیماران سرپایی مبتلا به نارسایی مزمن قلبی، نشان داد مشاوره‌های مراقبت تسکینی، مدیریت بالینی بیماری و هماهنگی مراقبت را برای بیماران و خانواده‌های آنان که از بار و فشار نارسایی قلبی رنج می‌برند، افزایش می‌دهد و به این ترتیب سبب بهبود کیفیت زندگی این بیماران می‌شوند (۲۶). همچنین در مطالعه کارآزمایی بالینی که توسط جلفمن و همکاران انجام شد، مصاحبه تلفنی با ۱۴۹ نفر از اعضای خانواده بیمارانی که از آوریل تا دسامبر ۲۰۰۵ در مرکز Mount Sinai مرده بودند، جهت بررسی کیفیت مراقبت‌های درمانی در انتهای زندگی بیماران انجام شد. از این تعداد ۵۴ نفر مراقبت تسکینی و ۹۵ نفر مراقبت‌های معمول را دریافت کرده بودند. ۶۵٪ از اعضای خانواده بیمارانی که مراقبت تسکینی را دریافت نموده‌اند؛ احساسات و نیازهای روحی خود را گزارش کردند. همچنین ۶۷٪ از اعضای خانواده‌های دریافت‌کننده مراقبت تسکینی اعتماد خود را در مورد خودکارآمدی مراقبت‌های تسکینی گزارش نمودند (۲۷). این مطالعه نشان داد که برنامه‌های مشاوره‌ای تسکینی میزان رضایت اعضای خانواده بیماران را به وسیله توجه به خانواده بهبود می‌بخشد. در مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی که توسط بکیتاس و همکاران با عنوان بررسی تأثیر مراقبت تسکینی بر کیفیت زندگی، حساسیت علائم و خلق افسرده بیماران سرطانی انجام شد، درمان تسکینی برای همه شرکت‌کنندگان موثر بود. شرکت‌کنندگانی که مراقبت تسکینی را دریافت کرده بودند در مقایسه با گروهی که مراقبت‌های معمول انکولوژی را دریافت کرده بودند، کیفیت زندگی و خلق بهتری داشتند (۲۸). در مطالعه‌ی Yamagishi و همکاران با عنوان تغییرات

در کیفیت مراقبت و کیفیت زندگی بیماران سرپایی با سرطان پیشرفته بعد از یک برنامه مداخله‌ای مراقبت تسکینی منطقه‌ای بر روی یک نمونه منطقه‌ای معرف از بیماران سرپایی مبتلا به سرطان پیشرفته انجام شد. بیماران با وضعیت عملکردی ضعیف و کسانی که هیچ‌گونه درمان ضدسرطانی دریافت نکرده بودند به بهبودی قابل‌توجهی در کیفیت زندگی رسیدند (۲۹). در مطالعه‌ی دیگری Metzger و همکاران با عنوان درک بیمار و اعضای خانواده از مراقبت تسکینی در نارسایی قلبی گزارش کردند که علی‌رغم موانع مراقبت تسکینی (عدم آگاهی از دسترسی به گروه مراقبت تسکینی و تضاد بین مراقبت تسکینی و آسایشگاهی)، اغلب شرکت‌کنندگان مطالعه بیان کردند که گروه مراقبت تسکینی تجارب بیمارستانی آن‌ها را بهبود داده است (۳۰). Finlay نیز شواهدی را ارائه داد که مراقبت تسکینی، رضایت بیمار و خانواده‌اش را از مراقبت‌ها بهبود داده است (۳۱). Hupcey و همکاران نیز یک مدل مراقبت تسکینی جدید را برای بیماران نارسایی قلبی پیشنهاد کردند که در آن مفاهیمی از مراقبت تسکینی برای بیماران نارسایی قلبی و خانواده‌های آنان در زمان تشخیص و تشدید بیماری فراهم می‌کند. در این مدل، مراقبت تسکینی فلسفه مراقبت تصور می‌شود و بر اساس ماهیت غیرقابل‌پیش‌بینی نارسایی قلبی، مراقبت بهداشتی را با مداخلات مراقبتی هم برای بیمار و هم خانواده بیمار فراهم می‌کند. به این ترتیب با مدیریت علائم و نشانه‌ها در طی مسیر بیماری، سبب افزایش کیفیت زندگی می‌شود (۳۲).

با توجه به همسو بودن مطالعات فوق با این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی به برنامه‌های مدون مراقبت تسکینی با تأکید بر همه ابعاد زندگی نیاز دارند؛ چراکه برنامه‌های مراقبت تسکینی علاوه بر بهبود کیفیت زندگی این بیماران و کاهش علائم آن‌ها در طول زندگی، مراقبت‌های پایان عمر را نیز برای آن‌ها فراهم می‌کند؛ که این خود شاید نتواند سبب طولانی شدن زندگی بیماران شود، ولی

زندگی با کیفیت و رضایت بخشی را هرچند کوتاه برای بیمار فراهم می‌کند.

نتایج مطالعه ما نشان داد که هزینه‌های مراقبت‌های بیمارستانی از این بیماران بالا بوده و بیماران کمترین رضایت در ارائه مراقبت تسکینی را در بعد اقتصادی داشتند. این در حالی بود که Brumley و همکاران نشان دادند که مراقبت‌های تسکینی به‌طور قابل‌توجهی رضایت بیماران را در ۳۰ تا ۹۰ روز بعد از شرکت در برنامه افزایش داد و از طرفی استفاده از خدمات پزشکی و هزینه مراقبت‌های پزشکی پایان عمر را کاهش داد (۳۳). Penrod و همکاران نیز در مطالعه‌ای با عنوان تأثیر مشاوره‌های مراقبت تسکینی در بیمارستان روی هزینه‌های بیمارستانی روی ۳۳۲۱ بیمار مبتلا به بیماری مزمن و پیشرفته بستری در بیمارستان انجام دادند که از این میان ۶۰۶ نفر مراقبت تسکینی و ۲۷۱۵ نفر مراقبت‌های معمول بیمارستانی را دریافت کردند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که بیمارانی که مراقبت تسکینی را دریافت می‌کردند کمتر در بخش‌های مراقبت ویژه بستری می‌شدند و این خود باعث کاهش هزینه‌های بیمارستانی می‌شد (۳۴). اگرچه در مطالعه ما نیز بیماران دریافت‌کننده مراقبت تسکینی در مراجعات بعدی به‌دفعات کمتری در بیمارستان بستری می‌شدند و یک ماه بعد از ترخیص رضایت بهتری از وضعیت اقتصادی داشتند، اما همچنان بعد اقتصادی، ضعیف‌ترین میانگین را در بین ابعاد دیگر داشت. شاید دلیل این مغایرت عدم توجه سازمان‌های بیمه‌کننده و حمایت‌کننده در کشور ما به این‌گونه بیماران، به نسبت سایر بیماران خاص می‌باشد. از طرفی، نتایج این تحقیق بیانگر آن است که کیفیت زندگی این بیماران در ابعاد مختلف، متفاوت است. بر اساس یافته‌های این تحقیق بیشترین اختلال در کیفیت زندگی هر سه مرحله، در بعد اقتصادی-اجتماعی بوده است و از آنجا که ارائه مراقبت تسکینی در همین بعد (اقتصادی) کمترین میزان بوده منطقی به نظر می‌رسد چراکه با ارائه مراقبت تسکینی در این بعد به‌مراتب شاهد بهبود کیفیت زندگی بیماران در همین بعد دیده می‌شود.

این در حالی بود که سایر مقالات انجام‌شده در این زمینه بیان کرده‌اند که بیشترین اختلال در بعد جسمی (عملکردی) این بیماران است. رهنورد و همکاران بر اساس تحقیقی که در مورد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام دادند، ذکر کرده‌اند که این بیماری بر کیفیت زندگی تأثیر منفی داشته است و اکثر بیماران مورد پژوهش وضعیت نامطلوبی را به ترتیب در ابعاد جسمی، فعالیت، روانی و اقتصادی - اجتماعی داشته‌اند (۳۵). Molly و همکاران نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی این بیماران مطلوب نبوده و بیشترین محدودیت را در بعد فیزیکی و عملکردی کیفیت زندگی تجربه می‌کنند (۳۶). در مطالعه یوسفی و همکاران نیز به طور کلی میانگین نمرات در ابعاد مشکلات جسمی و سلامت روان نسبت به سایر ابعاد پایین‌تر بوده است (۳۷). شاید دلیل مغایرت این مطالعات با پژوهش ما تفاوت جامعه پژوهش باشد چراکه در اکثر پژوهش‌های قلبی بیماران مبتلا به نارسایی حاد بودند و تجربه فاز نهایی بیماری را نداشته‌اند و بیماری هنوز تأثیر چندانی در روابط اجتماعی و هزینه‌های اقتصادی آن‌ها نگذاشته بود. دلیل دیگر می‌تواند توجه زیاد کادر بهداشتی به مشکلات جسمی بیماران مزمن در مقایسه با نوع حاد باشد که با توجه به میانگین بالای مراقبت تسکینی در بعد جسمی منطقی می‌باشد.

نتیجه‌گیری:

نارسایی مزمن قلبی تأثیر قابل‌توجهی در زندگی روزمره این بیماران دارد، از جمله مانع فعالیت فیزیکی شده و در مسئولیت‌پذیری، کار و نقش‌های اجتماعی تداخل ایجاد می‌کند که می‌تواند سبب نارضایتی از کیفیت زندگی شود. در مجموع نتایج این پژوهش برخی از نکات ارزشمند در مورد نقش مراقبت تسکینی در کیفیت زندگی این بیماران، برای پرستاران و سایر کارکنان مراقبت بهداشتی فراهم می‌کند. اکثر شرکت‌کنندگان در این پژوهش در بدو ورود به بیمارستان از کیفیت زندگی نامطلوب شاکی بودند، ولی در طی یک دوره یک‌ماهه و

را بهبود دهد. به علاوه، این نوع مراقبت می تواند موجبات کاهش دفعات بستری در بیمارستان و کاهش هزینه های درمانی این بیماران را فراهم آورد. از طرفی، شناخت وضعیت کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی توسط پرستاران می تواند راهنمایی برای تشخیص های پرستاری، اقدامات، مداخلات، ارزشیابی و تنظیم برنامه های ترخیص بیمار با در نظر گرفتن علائم بیماری باشد.

تشکر و قدردانی:

مقاله حاضر با کد اخلاق شماره ۴۷۰ / ۹۳ / k مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان می باشد. بدین وسیله از حمایت مسئولین دانشکده پرستاری مامایی رازی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی کرمان که در تصویب این مطالعه ما را یاری نمودند و کارکنان و کادر پزشکی بیمارستان امام خمینی جیرفت و همکاران محترم بخش سی سی یو و پست سی سی یو که در اجرای این طرح نهایت همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی می شود.

بعد از دریافت مراقبت های بهداشتی رضایت بخش از دیدگاه بیماران، به کیفیت زندگی مطلوبی به ویژه در بعد جسمی دست یافتند. لذا پیشنهاد می شود انجمن بیماری های قلب و عروق برنامه های مدون مراقبت تسکینی جهت مقابله با مشکلات این بیماران برگزار نماید. از آنجا که ارائه مراقبت تسکینی برای این بیماران در حیطه اقتصادی پایین بود، ضروری است تا بیمه های درمانی و تسهیلات بهداشتی برای این بیماران در بیمارستان ها ارائه شود تا کیفیت زندگی بیماران در این بعد افزایش یابد. بر اساس یافته های این مطالعه پیشنهاد می شود تا پژوهش هایی در زمینه ی مشاوره های مراقبت تسکینی در خانه و یا بیمارستان برای این بیماران انجام گیرد. به طور کلی، نتایج این تحقیق نشان داد که کیفیت زندگی اغلب بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی در صورت ارائه مراقبت تسکینی در بیمارستان در طول زمان ارتقا می یابد.

کاربرد یافته های پژوهش در بالین:

ارائه مراقبت های پرستاری مبتنی بر مراقبت تسکینی در همه ابعاد زندگی و نه فقط با تأکید بر بعد جسمی در این بیماران می تواند کیفیت زندگی آن ها

منابع:

1. Parry M, Watt-Watson J. Peer support intervention trials for individuals with heart disease: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2010; 9(1): 57-67.
2. Arnold JM, Liu P, Demers C, Dorian P, Giannetti N, Haddad H, et al. Canadian Cardiovascular Society consensus conference recommendations on heart failure 2006: diagnosis and management. *The Canadian Journal of Cardiology*. 2006; 22(1): 23-45.
3. Johansson P, Brostrom A, Dahlstrom U, Alehagen U. Global perceived health and health-related quality of life in elderly primary care patients with symptoms of heart failure. *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*. 2008; 7(4): 269-76.
4. Blinderman CD, Homel P, Billings JA, Portenoy RK, Tennstedt SL. Symptom distress and quality of life in patients with advanced congestive heart failure. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2008; 35(6): 594-603.
5. Westlake C, Dyo M, Vollman M, Heywood JT. Spirituality and suffering of patients with heart failure. *Progress in Palliative Care*. 2008; 16: 257-65.
6. Barnes S, Gott M, Payne S, Parker C, Seamark D, Gariballa S, et al. Characteristics and views of family carers of older people with heart failure. *International Journal of Palliative Nursing*. 2006; 12(8): 380-9.
7. Rector TS, Anand IS, Cohn JN. Relationships between clinical assessments and patients' perceptions of the effects of heart failure on their quality of life. *Journal of Cardiac Failure*. 2006; 12(2): 87-92.

8. Alla F, Briancon S, Guillemin F, Juilliere Y, Mertes PM, Villemot JP, et al. Self-rating of quality of life provides additional prognostic information in heart failure. Insights into the EPICAL study. *European Journal of Heart Failure*. 2002; 4(3): 337-43.
9. Ahmedzai SH, Costa A, Blengini C, Bosch A, Sanz-Ortiz J, Ventafridda V, et al. A new international framework for palliative care. *European Journal of Cancer*. 2004; 40(15): 2192-200.
10. Haisfield-Wolfe ME. End-of-life care: evolution of the nurse's role. *Oncology Nursing Forum*. 1996; 23(6): 931-5.
11. Beckstrand RL, Kirchhoff KT. Providing end-of-life care to patients: critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*. 2005; 14(5): 395-403.
12. O'Shea E, Murphy K, Larkin P, Payne S, Froggatt K, Casey D, et al. End of life care for older people in acute and long stay care settings in Ireland. 2008. Available from: <http://www.palliativecarenetwork.com/2016>.
13. Dunn KS, Otten C, Stephens E. Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*. 2005; 32(1): 97-104.
14. van Leeuwen R, Schep-Akkerman A, van Laarhoven HW. Screening patient spirituality and spiritual needs in oncology nursing. *Holistic Nursing Practice*. 2013; 27(4): 207-16.
15. Abrahm JL. Integrating palliative care into comprehensive cancer care. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2012; 10(10): 1192-8.
16. Ablett JR, Jones RS. Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology*. 2007; 16(8): 733-40.
17. McClung JA. End-of-life care in the treatment of heart failure in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2007; 23(1): 235-48.
18. Evangelista LS, Lombardo D, Malik S, Ballard-Hernandez J, Motie M, Liao S. Examining the effects of an outpatient palliative care consultation on symptom burden, depression, and quality of life in patients with symptomatic heart failure. *Journal of Cardiac Failure*. 2012; 18(12): 894-9.
19. Zapka JG, Hennessy W, Lin Y, Johnson L, Kennedy D, Goodlin SJ. An interdisciplinary workshop to improve palliative care: advanced heart failure-clinical guidelines and healing words. *Palliative & Supportive Care*. 2006; 4(1): 37-46.
20. Lee DS, Austin PC, Rouleau JL, Liu PP, Naimark D, Tu JV. Predicting mortality among patients hospitalized for heart failure: derivation and validation of a clinical model. *The Journal of the American Medical Association*. 2003; 290(19): 2581-7.
21. WHO. Definition of palliative care. Geneva: World Health Organization. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/> [Accessed 1 October 2010]. 2010.
22. Kavalieratos D, Mitchell EM, Carey TS, Dev S, Biddle AK, Reeve BB, et al. "Not the 'grim reaper service'": an assessment of provider knowledge, attitudes, and perceptions regarding palliative care referral barriers in heart failure. *Journal of the American Heart Association*. 2014; 3(1): e000544.
23. Mohammadi S, Shahparian M. Correlation between hemoglobin level and quality of life in male patients with systolic heart failure. *Scientific Journal of Iranian Blood Transfusion Organization*. 2012; 9(2): 160-9. [Persian]
24. Green CP, Porter CB, Bresnahan DR, Spertus JA. Development and evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: a new health status measure for heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*. 2000; 35(5): 1245-55.
25. Behloul H, Feldman DE, Ducharme A, Frenette M, Giannetti N, Grondin F, et al. Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. 2009: 6242-6.
26. Bekelman DB, Nowels CT, Allen LA, Shakar S, Kutner JS, Matlock DD. Outpatient palliative care for chronic heart failure: A case series. *Journal of Palliative Medicine*. 2011; 14(7): 815-21.
27. Gelfman LP, Meier DE, Morrison RS. Does palliative care improve quality? A survey of bereaved family members. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2008; 36(1): 22-8.
28. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project

- ENABLE II randomized controlled trial. The Journal of the American Medical Association. 2009; 302(7): 741-9.
29. Yamagishi A, Sato K, Miyashita M, Shima Y, Kizawa Y, Umeda M, et al. Changes in quality of care and quality of life of outpatients with advanced cancer after a regional palliative care intervention program. Journal of Pain and Symptom Management. 2014; 48(4): 602-10.
 30. Metzger M, Norton SA, Quinn JR, Gramling R. Patient and family members' perceptions of palliative care in heart failure. Heart & Lung: The Journal of Critical Care. 2013; 42(2): 112-9.
 31. Finlay IG, Higginson IJ, Goodwin DM, Cook AM, Edwards AG, Hood K, et al. Palliative care in hospital, hospice, at home: results from a systematic review. Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology. 2002; 13 Suppl 4: 257-64.
 32. Hupcey JE, Penrod J, Fenstermacher K. A model of palliative care for heart failure. American Journal of Hospice and Palliative Medicine. 2009; 26(5): 399-404.
 33. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S, et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. Journal of the American Geriatrics Society. 2007; 55(7): 993-1000.
 34. Penrod JD, Deb P, Dellenbaugh C, Burgess JF, Jr. Zhu CW, Christiansen CL, et al. Hospital-based palliative care consultation: Effects on hospital cost. Journal of Palliative Medicine. 2010; 13(8): 973-9.
 35. Rahnavard Z, Zolfaghari M, Kazemnejad A, Hatamipour K. An investigation of quality of life and factors affecting it in the patients with congestive heart failure. Hayat. 2006; 12(1): 77-86. [Persian]
 36. Molloy GJ, Johnston DW, Witham MD. Family caregiving and congestive heart failure. Review and analysis. European Journal of Heart Failure. 2005; 7(4): 592-603.
 37. Yousefi P, Sabzevari S, Mohammadalizade S, Haghdooost A. Study of quality of life in heart failure hospitalized patients in Kerman Medical University hospital in 2008. Journal of Nursing Research. 2011; 6(21): 59-67. [Persian]

The study of palliative care and its relationship with quality of life in patients with chronic heart failure in 2014-2015

Bahador RS^{1,2}, Nouhi E^{3*}, Jahani Y⁴

¹Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, I.R. Iran; ²Student, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, I.R. Iran; ³Physiology Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, I.R. Iran; ⁴Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, I.R. Iran.

Received: 14/Oct/2015

Accepted: 14/Mar/2016

Background and aims: Chronic heart failure typically results in progressive debilitation, a deteriorating quality of life and distressing symptoms, especially at the end of life. The aim of this study was to investigate palliative care and its relationship with quality of life in patients with chronic heart failure.

Methods: In this descriptive analytic study, 100 patients with chronic heart failure were selected from Imam Khomeini hospital of Jiroft in 2014-2015. They were entered in the study with written satisfaction. Biographic information questionnaire, Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), and patients care questionnaire made by researcher were used that life quality questionnaire was filled in three stages (admission time in the hospital, discharge time and a month later) and palliative care questionnaire was filled in one stage (during discharge time and after receiving health team care). Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlations, Mann -Whitney, Kruskal-wallis, Friedman tests and SPSS software at significant level ($P < 0.05$).

Results: Findings showed that the mean score of quality of life in admission time was (77.41 ± 15.08), discharge time (66.96 ± 15.66) and a month later (42.87 ± 22.08). The mean of palliative care hospitalized patients was 68.73 ± 14.59 . There was a significant and positive relationship between quality of life and palliative care in the patients. This relationship between quality of life a month later and palliative care was better and more meaningful ($r = -0.39$) ($P = 0.0001$) than quality of life in discharge time and palliative care ($P = 0.098$) ($r = -0.16$). However, it was not observed a significant relationship between quality of life in admission time and palliative care in the patients ($P = 0.191$).

Conclusion: Palliative care is delivered rather good based on hospitalized patients' viewpoints. It can be useful to improve quality of life in chronic heart failure patients over time, so that most of patients after discharge of hospital and receiving health team cares found considerable improvement in quality of life. So, applied and continuous palliative care programs are recommended in nursing care programs.

Keywords: Palliative care, Quality of life, Patients, Chronic heart failure.

Cite this article as: Bahador RS, Nouhi E, Jahani Y. The study of palliative care and its relationship with quality of life in patients with chronic heart failure in 2014-2015. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2016; 5(4): 35-46.

***Corresponding author:**

Physiology Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, I.R. Iran,
Tel: 00989133407727, E-mail: smnouhi@yahoo.com